



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مراکز و پایگاه‌های اورژانس در قبال مصدومین و بیماران

شناسه مدرک: PI-4620-FR-110

شماره بازنگری: 00

بیمه‌گذار مشخصات	نام بیمه‌گذار:	کد ملی / شناسه ملی:	کد نمایندگی:
	تاریخ تولد / تاسیس:	کد پستی:	خانم / آقای:
	نشانی:	تلفن همراه:	کارگزار:
	تلفن ثابت:	نمبر:	واحد صدور:
مدت	مدت بیمه‌نامه: روز/ سال. تاریخ شروع بیمه‌نامه: از ساعت ۲۴ مورخ تاریخ پایان بیمه‌نامه تا ساعت ۲۴ مورخ		
مشخصات مورد بیمه	نام و نشانی مرکز:		
	نام مدیر: سابقه مدیریت: سال. سال تاسیس:		
	مورد بیمه:		
	<input type="checkbox"/> مسئولیت مدیران مراکز و پایگاه‌های اورژانس دولتی. تعداد پایگاه‌های اورژانس: دستگاه. تعداد مدیران: <input type="checkbox"/> مسئولیت مدیران مراکز آمبولانس‌های خصوصی. تعداد آمبولانس‌ها: دستگاه. تعداد مدیران: <input type="checkbox"/> مسئولیت رانندگان و اپراتورهای مراکز اورژانس. تعداد رانندگان اپراتورها: نفر. پوشش‌های اضافی: <input type="checkbox"/> ۱. پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری مبلغ ریال. <input type="checkbox"/> ۲. پوشش پرداخت خسارت بدون رای دادگاه <input type="checkbox"/> ۳. پوشش افزایش ریالی دیه از تاریخ شروع بیمه‌نامه: <input type="checkbox"/> یک سال <input type="checkbox"/> دو سال <input type="checkbox"/> سه سال <input type="checkbox"/> ۴. پوشش جبران هزینه‌های پزشکی طبق صورتحساب‌های بیمارستانی <input type="checkbox"/> ۵. پوشش حذف فرانشیز هزینه‌های پزشکی		
سوابق خسارت	شماره بیمه‌نامه سال قبل: نام بیمه‌گر قبلی: آمار خسارت از سه سال گذشته تاکنون:		
	تاریخ حادثه	تعداد	نوع حادثه (فوت / نقص عضو و ...)
			مبلغ خسارت (ریال)
			علت / مقصر حادثه
میزان تعهدات درخواستی	الف: در هر حادثه		ب: در طی دوره بیمه‌نامه
	حداکثر تعهد فوت و نقص عضو برای هر نفر در ماه‌های عادی: ریال. حداکثر تعهد فوت برای هر نفر در ماه‌های حرام: ریال. حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی برای هر نفر: ریال.		حداکثر تعهد فوت و نقص عضو: ریال. حداکثر تعهد هزینه‌های پزشکی: ریال.
تاییدیه بیمه‌گذار	اینجانب به عنوان بیمه‌گذار / نماینده بیمه‌گذار تعهد می‌نمایم که اظهارات درج شده در این پیشنهاد بر اساس اصل حسن نیت و با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه مسئولیت مدنی مراکز و پایگاه‌های اورژانس در قبال مصدومین و بیماران تنظیم شده و در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه‌گر می‌تواند مطابق مقررات رفتار نماید. از این رو موافقت می‌گردد این پیشنهاد مبنای صدور بیمه‌نامه قرار گیرد. تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: نام و نام خانوادگی، امضاء و مهر بیمه‌گذار:		
	این قسمت توسط نمایندگی / واحد صدور تکمیل می‌گردد:		
مهر و امضاء و کد نمایندگی / واحد صدور:		تاریخ دریافت پیشنهاد:	